

患者限定薬品申請書

起 案	年 月 日	決 裁 (病院長)	年 月 日	印
事 務 部 長 経営管理課長 薬 事 委 員 長 薬 剤 部 長 副 薬 剤 部 長 薬品情報主任				
下記の薬品を診療上使用したいので、患者限定使用を申請します。 岐阜大学医学部附属病院院長殿 <div style="text-align: right;">(西暦) 年 月 日</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> _____ 科 _____ 科 長 印 </div> <div style="display: flex; justify-content: right; margin-top: 10px;"> 薬事委員 _____ 印 </div>				
薬 品 名		会 社 名		
規 格 ・ 単 位		主 治 医 名 (P H S)	()	
申 請 区 分	<input type="checkbox"/> 次回薬事委員会で申請予定の薬品 <input type="checkbox"/> 救急で治療に必要なため <input type="checkbox"/> 本院あるいは他院にて既に使用しており継続投与が必要なため			
申 請 範 囲	<input type="checkbox"/> 院内の使用に限る <input type="checkbox"/> 院内および院外の両方で使用する			
必 要 理 由				
使 用 法	1. 用 法 : 2. 用 量 : 3. 使用期間 : 4. 対象疾患 :			
患 者 名		患 者 I D		
薬事委員会での承認	<input type="checkbox"/> 承認済 <input type="checkbox"/> 未承認		使用見込量	
保 険 適 応	有 無	保 険 薬 価		

太枠内は必ず診療科において記入して下さい。
 ※本書は薬剤部 医薬品情報管理室へ提出して下さい。